



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD SEDE ARAGUA
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
SERVICIO AUTÓNOMO HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY
ESPECIALIZACIÓN DE PUERICULTURA Y PEDIATRÍA



**PROPUESTA DE INSTRUMENTO PARA DIAGNÓSTICO DE MALTRATO
INFANTIL EN LOS PACIENTES QUE INGRESAN A LA EMERGENCIA
PEDIÁTRICA DEL HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY**

AUTORA: González S. Laura P.

Maracay, 2016



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD SEDE ARAGUA
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
SERVICIO AUTÓNOMO HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY
ESPECIALIZACIÓN DE PUERICULTURA Y PEDIATRÍA



**PROPUESTA DE INSTRUMENTO PARA DIAGNÓSTICO DE MALTRATO
INFANTIL EN LOS PACIENTES QUE INGRESAN A LA EMERGENCIA
PEDIÁTRICA DEL HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY**

Trabajo de Grado presentado ante la Universidad de Carabobo para optar al título de
Especialista en Puericultura y Pediatría.

TUTOR: Dra. Agüero Irma.

AUTORA: González S. Laura P.

Maracay, 2016



PROPUESTA DE INSTRUMENTO PARA DIAGNÓSTICO DE MALTRATO INFANTIL EN LOS PACIENTES QUE INGRESAN A LA EMERGENCIA PEDIÁTRICA DEL HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY.

Autora: González S. Laura P.
Tutor: Dra. Irma Agüero.



RESUMEN

Introducción: El maltrato infantil es una patología con la que se enfrentan diferentes disciplinas implicadas en su abordaje ya que no se presenta en forma aislada y su reconocimiento y tratamiento suele ser muy complejo.

Objetivo: Diseñar un instrumento clínico para el diagnóstico precoz de maltrato infantil basado en el nivel de conocimiento del personal médico de la Emergencia Pediátrica del Hospital Central de Maracay.

Material y método: Se realizó un estudio descriptivo, cualitativo, documental, factible, longitudinal y retrospectivo. La población de estudio estuvo conformada por los pacientes con diagnóstico de Síndrome de Niño Maltratado que ingresaron a la Emergencia Pediátrica del Hospital Central de Maracay entre enero 2012 y diciembre 2013; y el 50% de los residentes de primero, segundo, tercer año y adjuntos del servicio de Emergencia Pediátrica del Hospital Central de Maracay.

Resultados: Posterior a la revisión de historias para el conocimiento estadístico del problema se evidenció un subregistro significativo de este diagnóstico, y la importancia de reflejar todos los datos en relación al paciente y cuidadores a fin de procesar y proceder ante un posible caso de maltrato. Se aplicó una encuesta al personal médico de la Emergencia Pediátrica demostrándose que no poseen un nivel de conocimiento adecuado para el manejo de esta patología.

Conclusiones: Se propone un formato práctico y directo, anexo a la historia clínica que logra recopilar adecuadamente datos necesarios de maltrato para así derivar estos pacientes a un equipo multidisciplinario de manera precoz.

Palabras claves: Síndrome de Niño Maltratado, Negligencia, Desconocimiento.



PROPOSAL OF AN INSTRUMENT FOR DIAGNOSIS OF CHILD ABUSE IN PATIENTS WHO ENTER TO THE PEDIATRIC EMERGENCY OF THE CENTRAL HOSPITAL OF MARACAY.

Autora: González S. Laura P.
Tutor: Dra. Irma Agüero.



ABSTRACT

Introduction: Child maltreatment is a pathology that faces different disciplines involved in its approach since it is not presented in isolation and its recognition and treatment is usually very complex.

Objective: Design a clinical instrument for the early diagnosis of child maltreatment based on the level of knowledge of the medical staff of the Pediatric Emergency of the Central Hospital of Maracay.

Material and method: A descriptive, qualitative, documentary, feasible, longitudinal and retrospective study was carried out. The study population consisted of patients diagnosed with Child Maltreatment Syndrome who entered the Pediatric Emergency of the Central Hospital of Maracay between January 2012 and December 2013; And 50% of first, second, third year residents and specialist of the Pediatric Emergency service of Central Hospital of Maracay.

Results: After the review of histories for the statistics knowledge of the problem, a significant underreporting of this diagnosis was evidenced also the importance of reflecting all the data regarding the patient and caregivers in order to process and proceed with a possible case of abuse. A poll was applied to the medical staff of the Pediatric Emergency proving that they do not have an adequate level of knowledge for the management of this condition.

Conclusions: A practical and direct format is proposed, attached to the clinical history that collect adequately necessary data of abuse to refer earlier these patients to a multidisciplinary team.

Key words: Child Maltreatment Syndrome, Neglect, Ignorance.

INTRODUCCIÓN

El maltrato infantil se define como los abusos y la desatención de la cual son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia; en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. La exposición a la violencia de pareja también se incluye a veces entre las formas de maltrato infantil¹.

Se definen cuatro modalidades básicas de maltrato: Maltrato físico (cualquier acto no accidental que provoque lesiones físicas al niño, enfermedades o riesgo de padecerlas), Negligencia (no atender las necesidades del niño, así como incumplimiento de los deberes de guarda, cuidado y protección, por ejemplo: no atender su estado de salud, higiene o alimentación), Maltrato emocional (todas aquellas acciones, generalmente de tipo verbal o actitudinal que provoquen o puedan provocar en el niño daños psicológicos, por ejemplo: rechazar, ignorar, aterrorizar, no atender sus necesidades afectivas y de cariño, necesidades de socialización, desarrollo de la autoestima positiva, estimulación) y Abuso Sexual (que incluye tanto conductas de carácter físico, como puede ser la violación, el incesto o la prostitución de niños, niñas y adolescentes, como otras conductas sin contacto físico, como puede ser la pornografía infantil o el exhibicionismo ante niños)².

Por otra parte, ha de tenerse en cuenta que el maltrato tiene lugar desde la fase prenatal, provocando daño al feto (mediante hábitos tóxicos de los padres, alcoholismo, toxicomanías, ausencia de seguimiento médico e incluso agresión física

al feto o la madre gestante)². También cabe hacer referencia a las modalidades de maltrato en función de los autores, de manera que podemos hablar de Maltrato Familiar (cuando es ejercido por un miembro de la misma familia), Extrafamiliar (ejercido por alguien ajeno a la familia), Institucional (cuando las instituciones no garantizan una atención adecuada al niño) y Social (cuando se dan cita un conjunto de factores de carácter social / contextual que impiden garantizar la protección y atención al niño)². Las complicaciones que tienen los niños maltratados se traducen en manifestaciones que pueden ser conductuales, físicas y/o emocionales³.

El maltrato infantil es un atentado a los derechos más básicos de los niños, niñas y adolescentes, consagrados a partir de la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Todos los menores de edad tienen derecho a la integridad física y psicológica y a la protección contra todas las formas de violencia. La Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) –adoptada por Naciones Unidas el año 1989– en su artículo 19 exige a sus Estados parte adoptar “todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de sus padres, de un tutor o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo”. De igual manera, el Comité de los Derechos del Niño de Naciones Unidas ha enfatizado la importancia de que los países miembros prohíban toda forma de castigo físico y trato degradante contra los niños⁴. En Venezuela existe un conjunto de leyes que regulan la protección del menor en situación que constituya un riesgo para su salud,

su vida o su moralidad, como la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela del año 1999^{5,6}; la Ley Orgánica de Protección al Niño, Niña y Adolescente (LOPNA): tiene por finalidad tutelar el interés del menor y establecer el derecho que este tiene de vivir en condiciones que le permitan llegar a su normal desarrollo biológico, psíquico, moral y social^{5,7}.

Por tanto, para la presente investigación se tomaron en consideración como antecedentes, los estudios realizados por el programa de prevención y detección de situaciones de desprotección y maltrato infantil en 2001 en Aragón (España), donde se realizó un análisis que ha permitido conocer la realidad del maltrato infantil en dicha comunidad mediante la elaboración de una "guía para detectar, notificar y derivar situaciones de maltrato infantil en Aragón" la cual pretende constituirse en uno de estos recursos que logre orientar a quienes en el ámbito social tienen la responsabilidad de atender a los menores y a las familias con esta problemática⁸; en 2015 en Venezuela, la organización CECODAP con la cooperación de Save The Children presentó un informe "Un panorama sobre las diferentes formas de violencia contra niños niñas y adolescentes", en el cual recolectaron datos durante el primer semestre del 2015⁹; en 2004 García, Guedez, Guerrero y Agüero crearon un instrumento que, al anexarse a las historias clínicas pediátricas del Departamento de Pediatría del Hospital Central de Maracay, facilitarían su diagnóstico, atención y conducta socio-legal¹⁰.

En virtud de lo anterior, la presente investigación se planteó como objetivo principal "Diseñar un instrumento clínico para el diagnóstico precoz de maltrato infantil basado en el nivel de conocimiento del personal médico de la Emergencia

Pediátrica del Hospital Central de Maracay”. Además de plantearse como objetivos específicos: determinar el número de casos de maltrato infantil en relación al número de pacientes que ingresaron a la Emergencia Pediátrica del Hospital Central de Maracay en el periodo enero 2012 a diciembre 2013; determinar los factores clínicos y socioeconómicos asociados al maltrato infantil en los pacientes que ingresaron en el periodo enero 2012 a diciembre 2013 a la Emergencia Pediátrica del Hospital Central de Maracay; evaluar el nivel de conocimiento sobre el maltrato infantil de residentes y adjuntos adscritos a la Emergencia Pediátrica del Hospital Central de Maracay; proponer un instrumento anexo al formato de historia clínica de los pacientes que ingresan a la Emergencia Pediátrica del Hospital Central de Maracay.

MATERIALES Y MÉTODOS

La presente investigación es de tipo transversal, descriptiva, documental y factible. En tal sentido, se desarrolló en la Emergencia Pediátrica del Hospital Central de Maracay, se tomó como población de estudio todo paciente pediátrico con diagnóstico de Síndrome de Niño Maltratado (SNM) que ingresó a la Emergencia Pediátrica del Hospital Central de Maracay entre enero 2012 y diciembre 2013, de igual forma, se tomó como población para la realización de este estudio los 66 residentes del postgrado de Puericultura y Pediatría del Hospital Central de Maracay y 8 adjuntos de la Emergencia Pediátrica del Hospital Central de Maracay para la evaluación del nivel de conocimiento en cuanto al maltrato infantil de los cuales un total de 43 aceptaron a responder la encuesta; tomándose como criterio de exclusión los pacientes mayores de 13 años de edad, las historias médicas después del año 2014

y los adjuntos de las áreas de hospitalización pediátrica y servicio de Neonatología del Hospital Central de Maracay. Se dividió el trabajo en dos fases; la primera fase consta de dos partes; la primera parte consistió en la revisión de historias médicas para determinar los indicadores más frecuentes de maltrato en los pacientes que ingresaron en la Emergencia Pediátrica del Hospital Central de Maracay durante enero 2012 – diciembre 2013. En la segunda parte de la primera fase, se aplicó un modelo de encuesta que permitió recolectar los datos sobre conocimiento acerca del maltrato infantil en el personal médico que labora en la Emergencia Pediátrica del Hospital Central de Maracay. La segunda fase consistió en integrar ambos resultados para elaborar una propuesta de instrumento anexo al formato de historia clínica de los pacientes que ingresan en la Emergencia Pediátrica del Hospital Central de Maracay. Se diseñaron para tal fin dos instrumentos de recolección de datos validados por dos expertos en el área; el instrumento uno constaba de una parte correspondientes a los datos sociodemográficos del paciente con diagnóstico de SNM, la segunda parte los datos sobre los datos clínicos y una tercera parte correspondiente a los datos familiares. El instrumento dos constaba de una primera parte de datos correspondientes a las características generales del residente y adjunto encuestado, la segunda parte correspondió a las preguntas sobre el nivel de conocimiento acerca de la variable estudiada. Se utilizó el sistema operativo Microsoft Office 2016 y el programa Excel para la creación de la base de datos extraída de la encuesta y las historias médicas y su correspondiente análisis estadístico a través del programa Epi-Info for Windows v7.2.0.1; los resultados fueron analizados en frecuencia y porcentaje mediante tablas.

RESULTADOS

Posterior a la revisión de historias médicas se obtuvo que de un total de 7012 pacientes que ingresaron en la Emergencia Pediátrica del Hospital Central de Maracay en el periodo enero 2012 y diciembre 2013, la distribución anual de los casos con diagnóstico de Síndrome de Niño Maltratado reportó 22 casos reportados el año 2012 en relación a 20 para el año 2013 (*Tabla 1*).

Tabla N° 1: Número de casos de Síndrome de Niño Maltratado (SNM) en relación al número de pacientes que ingresaron en la Emergencia Pediátrica.

Año	Número de Ingresos	Casos de SNM	% por año
2012	4088	22	0,53
2013	2924	20	0,68
Total	7012	42	0,59

De los 42 casos diagnosticados con Síndrome de Niño Maltratado, 66,67% corresponden al género femenino y 42,86% a lactantes. Basados en la clasificación del estrato social según Graffar-Mendez modificado se observó una prevalencia del nivel socioeconómico tipo V en un 45,24% y el tipo de familia en la cual ocurrieron el mayor número de casos de maltrato fue en familias disfuncionales y severamente disfuncionales en un 42,86%. Se evidenció además que el mayor número de casos fueron efectuados en el entorno familiar en un 73,81%, y el tipo de maltrato más frecuente diagnosticado fue por negligencia en un 57,14% (*Tabla 2*).

Tabla N° 2: Distribución de frecuencia de las variables socioeconómicas, clínicas y familiares en los pacientes de la muestra.

VARIABLES	2012 (n=22) FA (%)	2013 (n=20) FA (%)	Total (n=42) FA (%)
Genero			
Femenino	17 (77,27)	11 (55,00)	28 (66,67)
Masculino	5 (22,73)	9 (45,00)	14 (33,33)
Grupo etario			
Lactante	10 (45,45)	8 (40,00)	18 (42,86)
Preescolar	6 (27,27)	8 (40,00)	14 (33,33)
Escolar	4 (18,18)	3 (15,00)	7 (16,67)
Adolescente	2 (9,09)	1 (5,00)	3 (7,14)
Graffar-Mendez			
Graffar II	1 (4,55)	1 (5,00)	2 (4,76)
Graffar III	2 (9,09)	4 (20,00)	6 (14,29)
Graffar IV	10 (45,45)	5 (25,00)	15 (35,71)
Graffar V	9 (40,91)	10 (50,00)	19 (45,24)
Tipo de familia			
Medianamente Funcional	4 (18,18)	2 (10,00)	6 (14,69)
Disfuncional	10 (45,45)	8 (40,00)	18 (42,86)
Severamente disfuncional	8 (36,36)	10 (50,00)	18 (42,86)
Modalidad del maltrato			
Familiar	18 (81,82)	13 (65,00)	31 (73,81)
Extrafamiliar	0 (0)	1 (5,00)	1 (2,38)
Institucional	1 (4,55)	0 (0)	1 (2,38)
Social	3 (13,64)	6 (30,00)	9 (21,43)
Tipo de maltrato			
Físico	5 (22,73)	1 (5,00)	6 (14,29)
Sexual	6 (27,27)	6 (30,00)	12 (28,57)
Negligencia	11 (50,00)	13 (65,00)	24 (57,14)

En la encuesta aplicada a 43 de los residentes y adjuntos que laboran en la Emergencia Pediátrica del Hospital Central de Maracay, se evidenció que un total de 40 encuestados reconoce en mayor medida el maltrato físico y psicológico (39), seguido del maltrato por negligencia (22) y en menor proporción (19) el maltrato de tipo sexual. Un total de 39 encuestados reconoce el factor social como principal

factor de riesgo para la presencia de maltrato infantil, 36 encuestados factores inherentes a los padres, 21 a factores relacionales y solo 15 encuestados reconoce factores propios del niño. Un total de 36 encuestados reconoce el miedo como el principal comportamiento en los niños que son víctimas de maltrato, 15 en pacientes poco comunicativos, 14 en pacientes de aspecto o condición descuidada, 11 en pacientes con trastornos de comportamiento, 10 en pacientes con bajo rendimiento escolar y 10 reconoce otros indicadores sugestivos de maltrato. Resalta que un total de 31 encuestados no dio respuesta en uno o más de los 5 espacios indicados en esta pregunta. Un total de 35 encuestados reconoce la agresión como principal indicador de comportamiento de la persona que ejerce el maltrato contra el niño, 24 coinciden en que la actitud indiferente es otro indicador de maltrato, 15 describen otro tipo de indicadores sugestivos de maltratador, 13 coinciden en que pueden mostrarse sobreprotectores, 7 con respuestas o actitudes contradictorias y 4 en actitud de víctimas. Resalta que un total de 32 encuestados no dio respuesta en uno o más de los 5 espacios indicados en esta pregunta. Un total de 38 encuestados coinciden que los principales integrantes del equipo a cargo del niño maltratado debe ser todo el personal de salud entre médico y enfermería, así como psicólogos y psicopedagogos; 19 encuestados considera que el trabajador social debe formar parte de este equipo, 8 la parte de medicina legal, 7 encuestados que debe integrarlo orientadores entre maestros y familiares y 2 no dieron ninguna respuesta. Un total de 32 encuestados coincidieron que en casos de maltrato infantil se debe notificar al servicio de atención al ciudadano en el Hospital Central de Maracay (otro), 23 acertaron en el ente policial

y fiscalía, 20 en el consejo de protección del niño niña y adolescente y 13 no respondieron a una o más de los 3 espacios indicados en esta pregunta (*Tabla 3*).

Tabla N° 3: Resultado de la encuesta a residentes y adjuntos que laboran en la Emergencia Pediátrica sobre el conocimiento del SNM.

VARIABLES	R1 (n = 29) FA (%)	R2 (n = 14) FA (%)	R3 (n = 24) FA (%)	Adjunto (n = 8) FA (%)	Total (n = 75) FA (%)
Tipo de maltrato					
Físico	16 (55,2)	7 (50)	16 (66,6)	1 (12,5)	40 (53,3)
Psicológico	16 (55,2)	6 (42,8)	16 (66,6)	1 (12,5)	39 (52)
Sexual	6 (20,6)	4 (28,5)	7 (29,1)	2 (25)	19 (25,3)
Negligencia	10 (34,4)	3 (21,4)	7 (29,1)	2 (25)	22 (29,3)
Factor de riesgo					
Niño	8 (27,5)	3 (21,4)	3 (12,5)	1 (12,5)	15 (20)
Padres	13 (44,8)	7 (50)	14 (58,3)	2 (25)	36 (48)
Relaciones	7 (24,1)	6 (42,8)	7 (29,1)	1 (12,5)	21 (28)
Social	15 (51,7)	6 (42,8)	16 (66,6)	2 (25)	39 (38,6)
Indicadores de comportamiento del niño					
Miedo	15 (51,7)	7 (50)	12 (50)	2 (25)	36 (48)
Trastornos Comportamiento	6 (20,6)	1 (7,1)	3 (12,5)	1 (12,5)	11 (14,6)
Bajo Rendimiento Escolar	4 (13,7)	2 (14,2)	3 (12,5)	1 (12,5)	10 (13,3)
Poco Comunicativos	7 (24,1)	1 (7,1)	5 (20,8)	2 (25)	15 (20)
Descuidados	2 (6,8)	3 (21,4)	9 (37,5)	1 (12,5)	15 (20)
Otros	5 (17,2)	1 (7,1)	4 (16,6)	0 (0)	10 (13,3)
No responde	12 (41,3)	4 (28,5)	14 (58,3)	1 (12,5)	31 (41,3)
Indicadores de comportamiento del maltratador					
Contradictorios	4 (13,7)	0 (0)	2 (8,3)	1 (12,5)	7 (9,3)
Agresivos	15 (51,7)	4 (28,5)	14 (58,3)	2 (25)	35 (46,6)
Sobreprotectores	8 (27,5)	1 (7,1)	3 (12,5)	1 (12,5)	13 (17,3)
Indiferentes	11 (37,9)	3 (21,4)	8 (33,3)	2 (25)	24 (32)
Victimas	1 (3,4)	1 (7,1)	1 (4,1)	1 (12,5)	4 (5,3)
Otros	5 (17,2)	2 (14,2)	7 (29,1)	1 (12,5)	15 (20)
No Responde	12 (41,3)	6 (42,8)	14 (58,3)	0 (0)	32 (42,6)

Equipo multidisciplinario					
Psicólogo	15 (51,7)	6 (42,8)	15 (62,5)	2 (25)	38 (50,6)
Trabajador Social	7 (24,1)	2 (14,2)	9 (37,5)	1 (12,5)	19 (25,3)
Medicina Legal	5 (17,2)	1 (7,1)	2 (8,3)	0 (0)	8 (10,6)
Orientadores	4 (13,7)	0 (0)	3 (12,5)	0 (0)	7 (9,3)
Personal Médico	14 (48,2)	6 (42,8)	16 (66,5)	2 (25)	38 (50,6)
Organismos de denuncia					
CPNNA	6 (20,6)	5 (35,7)	7 (29,1)	2 (25)	20 (26,6)
Policía	11 (37,9)	3 (21,4)	7 (29,1)	2 (25)	23 (30,6)
Otros	14 (48,2)	4 (28,5)	12 (50)	2 (25)	32 (42,6)
LOPNA	14 (48,2)	5 (35,7)	9 (37,5)	0 (0)	28 (37,3)

En base a los resultados obtenidos posterior a la revisión de historias médicas y la aplicación de la encuesta se propone el siguiente instrumento para el estudio del paciente con sospecha de maltrato infantil.

RIESGO DE SINDROME DE NIÑO MALTRATADO

IDENTIFICACIÓN

Nombre y Apellido: _____

Sexo: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Graffar: _____ Conducta: _____ Escolaridad: _____

	MADRE	PADRE	OTRO
Nombre y Apellido:			
Edad:			
Grado de instrucción:			
Ocupación:			
Estado Civil:			
Antecedentes Prenatales:			
Antecedentes Personales:			
Conducta:			

MALTRATO FÍSICO			
Hematomas	L	M	G
Quemaduras	L	M	G
Fracturas	L	M	G
Heridas	L	M	G
Lesiones viscerales	L	M	G
Mordeduras humanas	L	M	G
Intoxicación forzada	L	M	G
Niño zarandeado	L	M	G

MALTRATO PSICOLÓGICO			
Maltrato emocional	L	M	G
Problemas físicos o necesidades médicas	L	M	G
Intento de suicidio	L	M	G
Cuidados excesivos / Sobreprotección	L	M	G
Violencia familiar	L	M	G
Agresión verbal	L	M	G
Uso de sustancias ilícitas	L	M	G
Bullying	L	M	G

MALTRATO SEXUAL	
Sin contacto físico	
Con contacto físico y sin penetración	
Con contacto físico y con penetración	
Dificultad para andar y sentarse	
Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada	
Dolor o picor en la zona genital	
Contusiones o sangrado en los genitales externos, zona vaginal o anal	
Cerviz o vulva hinchados o rojos	
Explotación sexual	
Semen en la boca, genitales o ropa	
Enfermedad de transmisión sexual	
Apertura anal patológica	

NEGLIGENCIA			
Poca higiene	L	M	G
Falta de supervisión	L	M	G
Es explotado	L	M	G
No asiste a la escuela	L	M	G
Abandono	L	M	G
No acude al pediatra	L	M	G
No presentado	L	M	G
No inmunizado	L	M	G
Desnutrido	L	M	G

Sospecha

Maltrato

AUTORIDAD NOTIFICADA: _____

Sospecha: No existen datos objetivos, sólo la sospecha, que se deduce de su historia clínica no creíble o contradictoria, o de la excesiva demora en la consulta.

Maltrato: **L** = Leve: 3 ítems o más; **M** = Moderado: 2 ítems o más; **G** = Grave: 1 ítem o más.

DISCUSIÓN

El maltrato infantil debe ser un tema de gran interés en la sociedad ya que todas las personas que la integran tienen responsabilidad de abordar dicho problema a través de las vías efectivas que garanticen la protección y defensa del niño¹².

Los resultados obtenidos mediante la revisión de historias médicas desde enero 2012 a diciembre 2013 reflejan la existencia de un subregistro significativo en cuanto a los casos reales observados diariamente en el servicio de pediatría debido a que no se realiza el diagnóstico de SNM propiamente y se maneja mediante otros diagnósticos o no se realiza ningún diagnóstico relacionado, diseminándose así un número importante de casos, coincidiendo con el estudio publicado en 2012 sobre la Influencia de la LOPNA antes y después de su promulgación en los pacientes atendidos con SNM, en el Departamento de Pediatría del HCM durante los años 1996 al 2008 y en 2007 sobre el SNM en el servicio de pediatría del Hospital José María Benítez, en los cuales se evidenció un subregistro de casos en un 0.47% y 0.37% por no especificar datos del paciente como tipo de maltrato, edad o sexo, respectivamente^{5,13}. De igual forma se evidenció que a pesar de haber menor número de ingresos en 2013 se presentó un mayor número de casos de SNM en un 0,68% en relación con 0,53% del 2012 manteniéndose este incremento a nivel nacional de acuerdo a las estadísticas publicadas en 2015 por CECODAP que reportan un aumento del número de casos de maltrato para el 2014 de un 32,01% con respecto a 2013⁹.

Dentro de las características clínicas de los casos evaluados se demostró predominio en el sexo femenino en un 66,67%, siendo los lactantes en un 42,86% los

más afectados, resultado semejante al reportado por en el trabajo publicado en 2010 sobre el SNM en los Servicios de Pediatría. Complejo Hospitalario Universitario "Ruiz y Páez". Mayo - diciembre 2009 donde los menores de 1 año fueron las más ingresados con SNM y el publicado en 1995 sobre el nivel de conocimiento del equipo de salud sobre el SNM, donde las niñas menores de 5 años fueron el grupo etario más afectado^{14,25}; prevaleciendo el maltrato por negligencia en un 57,14%, como lo describen en el trabajo Niño maltratado en 1996 donde describe el maltrato no intencional en un 77% el cual englobaba negligencia física, emocional y alimentación¹⁵. En cuanto al aspecto socioeconómico, se evidenció que 73,81% de los casos ocurrieron en el núcleo familiar siendo un 42,86% de tipo disfuncional y severamente disfuncional y un 45,24% con estrato V de acuerdo a la escala de Graffar-Méndez, como lo describe en la investigación realizada en la comunidad del municipio de Huichapan, México en 2014, desde la percepción de los niños y niñas el abandono, la carencia de recursos económicos, desempleo, familiares con patologías y la ausencia paterna son factores condicionantes de incremento de violencia familiar en la comunidad¹⁶.

En cuanto al nivel de conocimiento del personal médico que labora en la Emergencia Pediátrica del HCM se logró observar que no hubo diferencia significativa entre los niveles de residentes y adjuntos y en general desconocen el manejo adecuado de un niño víctima de maltrato; destaca la mayor debilidad en la detección del comportamiento tanto del niño y del maltratador siendo estos parámetros de vital importancia para la sospecha de maltrato como se describió en 1998 en el trabajo el maltrato infantil: un problema mundial¹⁷; así como los factores

de riesgo inherentes al niño, siendo estos la edad inferior a cuatro años y la adolescencia, el hecho de no ser deseados o de no cumplir las expectativas de los padres, el hecho de tener necesidades especiales, llorar mucho o tener rasgos físicos anormales, descritos por la OMS¹; de igual forma, el manejo de estos casos debe ser por un equipo multidisciplinario compuesto por todo el personal de salud incluyendo personal de enfermería, y especialistas en el área de ginecología, anatomopatologos, nutriólogos, forenses, psiquiatras, psicólogos, psicopedagogos, asesores legales, y en especial los orientadores como maestras y la familia propuesto en el 2000 en el trabajo sobre la atención al maltrato infantil desde Salud Mental¹⁸. Resalta especialmente la atención que 28 de los encuestados se refirieron a la LOPNA como lugar de denuncia ante casos de maltrato, siendo ésta una ley y no un organismo institucional.

Se concluye que el maltrato infantil es un problema de salud pública y existe un subregistro del número de casos con diagnóstico de Síndrome de Niño Maltratado.

El maltrato fue ejercido en mayor proporción en el género femenino y lactantes; el maltrato por negligencia es descrito en mayor número de casos, el cual fue ejercido dentro del entorno familiar, enmascarado en familias disfuncionales y con un estrato socioeconómico bajo tipo V, sin embargo, su distribución está a todos los niveles.

El personal médico que labora en la Emergencia Pediátrica no tiene un conocimiento adecuado acerca del manejo integral del niño maltratado, no presentando diferencia significativa entre los distintos niveles de cargo de los residentes y adjuntos. Las fallas ocurridas en el diagnóstico, el desconocimiento en

cuanto al manejo y la falta de instituciones encargadas de canalizar y resolver los casos, limitan la capacidad de ofrecer una atención oportuna.

Se propone un modelo de instrumento basado en las necesidades observadas en el servicio, las deficiencias en cuanto a datos obtenidos de la revisión de las historias clínicas y los fundamentos teóricos propuestos por la Organización Mundial de la Salud; elaborado en un lenguaje sencillo, rápido, tabulado, de bajo costo y operabilidad, accesible a los profesionales de salud, con la finalidad de clasificar, diagnosticar y derivar al personal competente de forma precoz los casos en los que existen factores de riesgos para la presencia de maltrato y el niño maltratado propiamente.

Se recomienda realizar sesiones de educación médica continua para aumentar el grado de sensibilización y formación, tanto de estudiantes de medicina como del postgrado de Puericultura y Pediatría y motivar a los adjuntos del servicio de Pediatría a fin de reforzar la importancia de emplear el diagnóstico de SNM para mejorar los registros de casos y de esta manera crear un impacto social que motive a las autoridades legales a emplear medidas de sanción y concientización en cuanto a esta problemática.

Capacitar frecuente y permanentemente al personal de enfermería, atención al ciudadano y familiares encargados de los pacientes hospitalizados en el servicio de Pediatría en cuanto a lo que es el maltrato infantil, los aspectos que engloba y las consecuencias legales en cada caso, así como de los pasos a seguir de acuerdo a cada caso de maltrato.

Solicitar la presencia de una oficina del CPNNA en la institución con personal capacitado las 24 horas del día con la finalidad de dar una respuesta rápida y efectiva ante los casos de maltrato que ingresan en el servicio de Pediatría del HCM.

Se considera de gran importancia anexar el instrumento propuesto en esta investigación a la historia clínica pediátrica, con la finalidad de la detección precoz de cualquier tipo de maltrato que ponga en riesgo la salud integral del paciente pediátrico y así tomar las medidas pertinentes para cada caso.

Continuar con la línea de investigación para de determinar si el uso del instrumento propuesto en esta investigación ayuda a mejorar los registros y el manejo del niño maltratado en el servicio de Pediatría del HCM.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Maltrato infantil** [Internet]. Organización Mundial de la Salud. Septiembre 2016. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/>
2. **Maltrato a niños, niñas y adolescentes Definición y tipologías.** - FAPMI contra el maltrato infantil. - Prevención del maltrato infantil [Internet]. Fapmi.es. Septiembre 2010. Available from: <http://www.fapmi.es/contenido1.asp?sec=35&pp=1>
3. Torres. **¿Qué es el Maltrato Infantil?** [Internet]. Educación Especial en Puerto Rico. 2004. Disponible en: <http://edicacionespecialpr.tripod.com/id41.html>
4. Larrain S, Bascuñán C. **Maltrato infantil: una dolorosa realidad puertas adentro.** Desafíos. 2009;(09).
5. Agüero I. **Influencia de la LOPNNA (Ley Orgánica de Protección al Niño, Niña y Adolescente) antes y después de su promulgación en los pacientes atendidos con Síndrome de Niño Maltratado, en el Departamento de Pediatría del Hospital Central de Maracay durante los años 1996 al 2008.** [Ascenso]. Dpto. de Pediatría - Hospital Central de Maracay; 2012.
6. Asamblea Nacional Constituyente. **Constitución de la República Bolivariana de Venezuela.** Caracas; 1999.
7. Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela. **Ley Orgánica para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes.** Caracas; 2000.

8. Programa de Prevención y Detección de Situaciones de Desprotección y Maltrato Infantil en Aragón. **Guía para detectar, notificar y derivar situaciones de maltrato infantil en Aragón.** Zaragoza; 2001.
9. Villamedina C. **Un panorama sobre las diferentes formas de violencia contra niños niñas y adolescentes.** Somos Noticia Cecodap. 2015.
10. García Z, Guedez Y, Guerrero M, Agüero I. **Creación de un Instrumento que oriente al médico residente a realizar el diagnóstico adecuado de Síndrome de Niño Maltratado. Servicio de Pediatría. Hospital Central de Maracay** [tesis]. Maracay (Aragua): Universidad de Carabobo; 2004.
11. Organización Mundial de la Salud. **CIE-10 Clasificación internacional de las enfermedades.** Madrid: MEDITOR; 1992.
12. Villanueva Y. **Prevención del maltrato infantil a través de la formación del adulto significativo [tesis].** San Felipe (Yaracuy): Universidad Nacional Abierta; 2005.
13. Franco L M. **Síndrome de niño maltratado en el servicio de pediatría del hospital José María Benítez: La Victoria, estado Aragua. Período enero-junio 2007.** Comunidad y Salud [Internet]. 2007. Available from: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932007000200004
14. Linares R; Torrealba, E. (1995). **Nivel de conocimiento del equipo de salud sobre el Síndrome de Niño Maltratado.** Centro Ambulatorio Dr. Rafael Vicente Andrade, IVSS. Barquisimeto enero 1994-enero 1995. Boletín Médico de Postgrado, Vol XI, N° 2, abril-junio.

15. Crespo A, Fernandez G, Perea J. **Niño maltratado** [Internet]. Scielo.sld.cu. 1996. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75311996000300007&script=sci_arttext&tlng=en
16. Tovar A, Almeraya S, Guajardo L, Borja M. **El maltrato infantil desde la voz de la niñez**. Revista mexicana de ciencias agrícolas [Internet]. 2016;7(1). Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5369283>
17. Santana-Tavira R, Sánchez-Ahedo R, Herrera-Basto E. **El maltrato infantil: un problema mundial**. Salud Pública de México. 1998;40(1):58-65.
18. Díaz Huertas J. **Atención al maltrato infantil desde Salud Mental**. Madrid: Instituto Madrileño del Menor y la Familia, Consejería de Sanidad y Servicios Sociales; 2000.
19. Ruiz Díaz. M. **REGISTRO DE CASOS: la experiencia de la Comunidad de Madrid - Ámbito sanitario**. Cuaderno de pediatría social. 2012;16.
20. Rebollo Aguilera K. **Diseño de una campaña visual, para difundir información acerca del maltrato infantil** [Licenciatura]. Departamento de Diseño de Gráfico, Escuela de Artes y Humanidades, Universidad de las Américas Puebla; 2004.
21. **Antecedentes históricos del problema del maltrato infantil** [Internet]. Maltrato Infantil. 2008: Disponible en <http://inframal.blogspot.com/2008/05/antecedentes-historicos.html>
22. Castro D, Criscuolo E. **Síndrome del niño maltratado**. Intramed Journal. abril 2014. 3;1.

23. Perea Martínez A, Loredó Abdalá A, **Maltrato al menor. Indicadores clínicos y sociales asociados al maltrato físico severo.** Acta pediátrica. México. 2004;25(4).
24. Loredó Abdalá A. **Maltrato infantil. Maltrato infantil: consideraciones básicas para el diagnóstico de las formas más preponderantes.** Acta pediátrica. México. 2008;29(5).
25. Al Rifai Al Masri MJiménez Rivas M. **Síndrome del Niño Maltratado en los Servicios de Pediatría. Complejo Hospitalario Universitario "Ruiz y Páez". Mayo - diciembre 2009.** Universidad De Oriente. Núcleo Bolívar; 2010.